

Short and long acting reversible contraceptive methods – observational study

Métodos contraceptivos reversíveis de curta e longa duração – estudo observacional

Sara Camacho Câmara*, Filipa Abreu-dos-Santos**, Cláudia Freitas**

Serviço de Ginecologia e de Obstetrícia, Hospital Dr. Nélcio Mendonça – Funchal

Abstract

Overview: The daily pill, a short-acting reversible contraceptive (SARC), is more used than long-acting reversible contraceptives (LARC) though these are highly effective, safe and less dependent on women use. It is important to identify which differences between SARC or LARC users can justify this choice.

Aims: Describe and compare the two types of contraceptive methods users (age, marital status, previous history of pregnancy, level of education, age at which the method was started, level and source of knowledge, medical advice and level of satisfaction with the information received). As a secondary objective, we aimed to identify the existence of myths and misbeliefs about contraception and the reasons for choosing or discontinuation of the contraceptive method.

Study Design: Observational and retrospective.

Population: Women who use or had used contraception, aged 18 -50 years.

Methods: A self-report and anonymous questionnaire, available in primary health care centers and hospitals.

Results: In a group of 300 women, with a median of 35,6 years (18 - 50 years; s = 8,3 years), 68% (203/300) were using a contraceptive method and 28% (83/300) were no longer using it. Among these, 75% were using SARC or these corresponded to the last method used. Single women prevailed in the SARC group ($p=0,002$) and those with a previous pregnancy prevailed in the LARC group ($p=0,002$). No other statistically significant differences were identified. 86% (237/274) had a medical consultation before beginning to use a contraceptive, and 59% (139/237) were very satisfied with the information received. The control of the menstrual cycle was important for SARC users whether the using facility was important for LARC users.

Conclusions: Although effective and safe, LARC where less prevalent in our study. History of previous pregnancy was the only clinically significant difference between SARC and LARC users..

Keywords: Family planning services; Contraception.

INTRODUÇÃO

A contraceção segura e eficaz é fundamental para garantir a prevenção de uma gravidez não planeada ou desejada. Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC, *long-acting reversible contraception*); incluindo os dispositivos intra-uterinos – DIU/

/sistemas de libertação intrauterina – SIU, implantes subcutâneos, injetável de medroxiprogesterona) são os mais eficazes se considerarmos serem os menos dependentes da utilizadora¹. O estudo CHOICE, um estudo prospetivo, de *cohorts*, com 9.256 mulheres, realizado nos Estados Unidos da América, demonstrou que a utilização dos LARC foi vantajosa na diminuição da gravidez não desejada e da taxa de abortamentos². Os LARC são elegíveis para todas as mulheres saudáveis e para uma grande maioria de mulheres com doenças crónicas (critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde³), tendo ainda melhor relação custo-benefício⁴, comparativamente aos métodos de curta du-

*Interna de 5º ano da Especialidade de Ginecologia e de Obstetrícia, Serviço de Ginecologia e de Obstetrícia. Hospital Dr. Nélcio Mendonça. Funchal, Portugal.

**Assistente Hospitalar da Especialidade de Ginecologia e de Obstetrícia, Serviço de Ginecologia e de Obstetrícia. Hospital Dr. Nélcio Mendonça. Funchal, Portugal.

ração (SARC, *short-acting reversible contraception*; incluindo a contraceção hormonal oral, vaginal e transdérmica). Os LARC estão associados a uma menor taxa de descontinuação do método e a uma elevada satisfação das suas utilizadoras^{5,6}. Callegari *et al* apontaram como fatores favorecedores de um melhor conhecimento sobre dispositivos intra-uterinos um maior nível educacional, as mulheres conhecerem alguma utilizadora do método e terem tido aconselhamento médico⁷. Um estudo decorrido em 2010, em 5 países europeus (Alemanha, França, Itália, Reino Unido e Espanha), envolvendo 12.000 mulheres entre 15 e 49 anos, identificou que as pílulas orais (combinadas ou não) eram o método mais utilizado e que mais de metade das mulheres que optaram por contraceção definitiva não estavam corretamente ou suficientemente informadas sobre os métodos reversíveis alternativos⁸. Contudo, os métodos de utilização não diária deveriam ser atualmente preferidos como a 1ª opção contracetiva na maioria das utentes, incluindo as adolescentes⁹⁻¹¹. Os DIU/SIU são cada vez mais uma escolha nas mulheres nulíparas^{11,12}, tendo como principais riscos associados: perfuração uterina (inferior a 1 para 1.000), doença inflamatória pélvica (inferior a 1 para 100, em mulheres selecionadas), expulsão (inferior a 1 para 20, aos 5 anos de utilização) e gravidez ectópica (inferior a 1 para 1.000, aos 5 anos; sendo este risco inferior ao risco das não utilizadoras de contraceção)¹¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde estes riscos são baixos para todas as utilizadoras e as diferenças relacionadas com a paridade provavelmente não têm relevância clínica³.

Em Portugal, de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde e como previsto em Diário da República, são fornecidos gratuitamente na consulta de planeamento familiar (a nível hospitalar e dos cuidados de saúde primários) vários métodos contracetivos reversíveis de curta e de longa duração¹³. Para que as práticas no planeamento familiar sejam melhor ajustadas às necessidades atuais das mulheres, é importante conhecer a prevalência e as características das utilizadoras de cada um destes grupos de contraceção reversível.

OBJETIVO

Caraterização e análise comparativa dos dois grupos de utilizadoras (idade, estado civil, antecedente de gravidez, grau de escolaridade, idade de início do método,

o nível e a fonte do conhecimento, prevalência do aconselhamento médico e satisfação com a informação obtida).

Secundariamente, avaliar a existência de crenças sobre contraceção e perceber as razões motivacionais para a escolha (ou abandono) do método.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram disponibilizados questionários para autopreenchimento anónimo e voluntário em dois hospitais da Região Autónoma da Madeira (Hospital Dr. Nélito Mendonça e Hospital dos Marmeleiros) e em quatro Centros de Saúde da Ilha da Madeira (Centros de Saúde do meio rural: São Vicente e Santana; Centros de Saúde do meio urbano: Câmara de Lobos – Cidade de Câmara de Lobos e Bom Jesus – Cidade do Funchal), após aprovação do protocolo do estudo pela Comissão de Ética do Serviço Regional de Saúde. Os Centros de Saúde foram selecionados com base na área de abrangência populacional e pelo facto de terem maior expressão no número de consultas de planeamento familiar na região.

Os questionários foram colocados nas salas de espera para consulta, junto de caixas fechadas para recolha anónima dos mesmos. Como requisitos necessários para preenchimento dos mesmos, pedia-se que fossem preenchidos por mulheres com idades compreendidas entre 18 e 50 anos, com domínio da língua portuguesa, utilizadoras ou ex-utilizadoras de contraceção. A distribuição e recolha dos questionários ocorreu durante o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014. (É de salientar que à data da conclusão do estudo, o SIU Jaydess® não estava disponível para utilização em Portugal.)

O questionário (questões de escolha múltipla) era composto por um grupo inicial de questões para caracterização da amostra (idade, estado civil, grau de escolaridade, antecedentes de gravidez, se atualmente usava algum método de contraceção e qual o método presentemente utilizado ou o último método utilizado: pílula oral, anel vaginal, adesivo cutâneo, injeção trimestral de medroxiprogesterona, implante subcutâneo, dispositivo intrauterino ou outro). Para as mulheres que selecionassem «outros» o questionário terminava neste 1º grupo de questões. Para as restantes, seguia-se um grupo de questões sobre: o início desse método contracetivo (a idade de início desse método, qual o nível de informação que considerava ter sobre o mé-

todo nessa altura e, no caso de ter consultado um médico previamente à escolha do método, qual o grau de satisfação com a informação obtida); conhecimentos e crenças sobre contraceção; razões motivacionais para a escolha do método; influência de diferentes fontes de informação e, por fim, para as ex-utilizadoras, qual a razão da descontinuação do método.

Procedeu-se ao estudo descritivo da amostra e, posteriormente, à análise comparativa entre o grupo de utilizadoras ou ex-utilizadoras de SARC (se usassem algum dos métodos correspondentes, ou estes tivessem sido o último método usado) e o grupo de utilizadoras ou ex-utilizadoras de LARC (se usassem algum dos métodos correspondentes, ou estes tivessem sido o último método usado).

Para a análise estatística foi usado o programa *SPSS 19.0®* e consideraram-se significativamente estatísticos valores de $p \leq 0,05$. Para a comparação das 2 amostras independentes usou-se: o teste *t de Student* para as variáveis «idade atual» e «idade no início do método»; o teste do χ^2 de *Pearson* para as variáveis estado civil («solteira», «casada», «divorciada ou viúva»), escolaridade («ensino primário completo ou menos», «terminou o 9º ano», «terminou o 12º ano ou equivalente», «frequentou o ensino superior»), contraceção atual («sim», «não»), nível de conhecimento referido («muito bem informada», «suficientemente bem informada», «não sabia muito», «não sabia nada») e satisfação com a informação obtida durante o aconselhamento médico («nada», «pouco», «moderadamente» ou «muito» satisfeita); e o teste *exato de Fisher* para a variável «antecedente de gravidez» («sim», «não»).

Por fim, para a avaliação da existência de crenças sobre contraceção, utilizou-se também o teste do χ^2 para comparar o número de respostas certas na identificação de métodos contraceptivos definitivos e o grau de concordância com diversos mitos sobre contraceção («Concorda plenamente»; «Concorda parcialmente»; «Discorda parcialmente»; «Discorda totalmente» ou «Não sabe/Não responde»).

RESULTADOS

Caraterização da amostra

Foram considerados todos os questionários preenchidos relativamente à caraterização pessoal e à identificação do método contraceptivo utilizado. No total obtiveram-se 300 questionários: 128 hospitalares (79 do Hospital Dr. Nélio Mendonça e 49 do Hospital dos

Marmeleiros), 96 dos centros de saúde em meio urbano (44 do Centro de Saúde de Câmara de Lobos e 52 do Centro de Saúde do Bom Jesus) e 76 dos centros de saúde do meio rural (28 do Centro de Saúde de São Vicente e 48 do Centro de Saúde de Santana).

A idade média da amostra total foi de 36 anos (18-50 anos; $s = 8,3$ anos). A maioria eram casadas (58%), já tinham estado grávidas antes (69%) e tinham, pelo menos, terminado o 12º ano ou equivalente (63%). Eram utilizadoras de contraceção 68%, ex-utilizadoras 28% e as restantes ($n=12$) não responderam a esta questão (Quadro I).

Do total da amostra, 8,7% das mulheres selecionou «outros» como o método utilizado ou o último método utilizado (para estas mulheres o questionário terminou aqui). O método mais frequente foi a «pílula oral» (70,0%), seguido do DIU/SIU (8,7%) e do implante subcutâneo (6%). Os métodos menos usados foram o adesivo cutâneo bem como o anel vaginal (ambos utilizados por 2,7% das mulheres). Nenhuma mulher usava o injetável de medroxiprogesterona ou este tinha sido o último método usado (Figura 1).

Análise comparativa entre utilizadoras de métodos de curta e de longa duração ($n=274$)

A idade média e o grau de escolaridade foram semelhantes nos dois grupos. As mulheres solteiras foram mais prevalentes no grupo dos SARC ($p=0,002$) e as com pelo menos uma gesta no dos LARC ($p=0,002$). Relativamente à taxa de descontinuação, a dos SARC foi de 25% e a dos LARC de 15 % ($p = 0,095$) (Quadro I).

As utilizadoras de métodos reversíveis de curta duração tinham iniciado o método numa idade 8,6 anos mais precoce (IC 95%: -10,9; -6,3) do que as de longa duração (Quadro II).

Não se identificaram diferenças relativamente à percepção das utilizadoras no que concerne: o nível de conhecimento sobre o seu método contraceptivo no início da sua utilização; o grau de satisfação com a informação obtida no caso de terem tido consulta médica prévia à utilização do método (59% das mulheres considerava-se «muito satisfeita»); nem quanto ao número de respostas certas no exercício de identificação dos métodos contraceptivos definitivos. De salientar que a moda de respostas certas na identificação dos métodos contraceptivos foi de 4 (máximo = 6 respostas certas). Quanto aos mitos sobre contraceção, os mais prevalentes foram «Fazer a pílula muito tempo pode provocar dificuldade em engravidar» (21%), «a pílula não é um me-

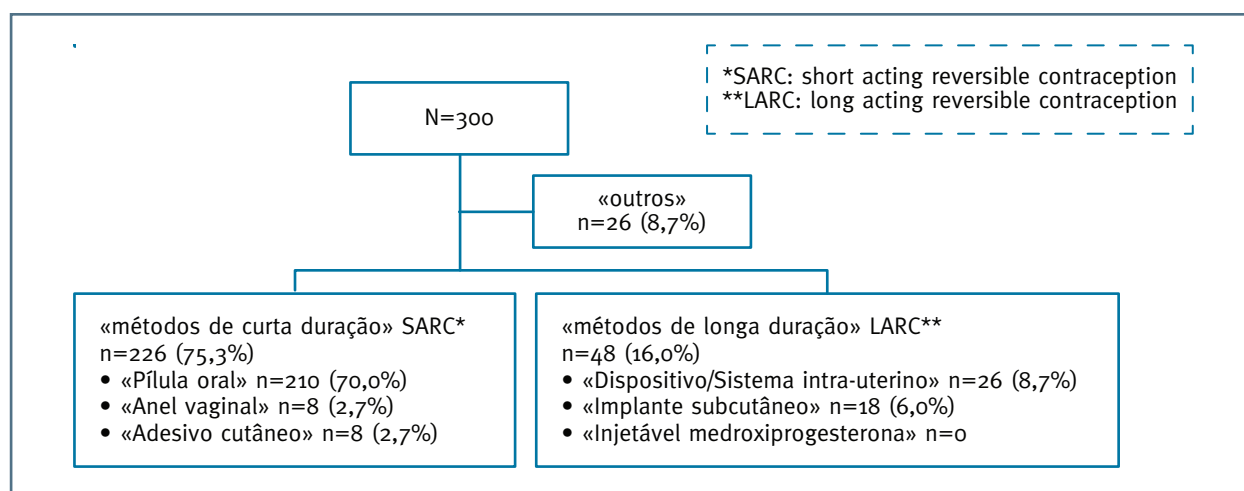


FIGURA 1. Distribuição da amostra: «Qual o método que atualmente utiliza ou o último método que utilizou?»

dicamento seguro» (11%) (Quadro II).

No total, 86% das mulheres consultaram um médico previamente à escolha do método. O aconselhamento médico (29%) e a eficácia contraceptiva (25%), foram as opções mais indicadas pelas mulheres no que se refere ao(s) motivo(s) para escolha do método. Nas

utilizadoras de SARC foi também importante o controlo do ciclo menstrual («conseguir prever quando vou estar menstruada»), apontado por 22% das mulheres e, nas utilizadoras de LARC, a comodidade da utilização («não ter que me lembrar todos os dias»), apontado por 30% das mulheres (Quadro III).

QUADRO I. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA TOTAL; CARATERIZAÇÃO E ANÁLISE COMPARATIVA DAS UTILIZADORAS DE MÉTODOS DE CURTA E DE LONGA DURAÇÃO

| | Total da amostra (n=300) | Curta duração (n=226) | Longa duração (n=48) | p |
|---|--------------------------------|--------------------------|---|------|
| Idade média (min-máx) (18-50 anos) | $\bar{x} = 35$ (18-50 anos) | $\bar{x} = 35$ | $\bar{x} = 37$ Implante $\bar{x} = 31$ (18-41 anos) DIU/SIU $\bar{x} = 41$ (30-50 anos) | ,091 |
| Estado civil | | | | |
| solteira | 96 (32%) | 79 (35%) | 9 (19%) | ,002 |
| casada | 173 (58%) | 130 (58%) | 27 (56%) | |
| divorciada ou viúva | 27 (9%) | 15 (7%) | 10 (21%) | |
| Já esteve grávida antes? | | | | |
| sim | 206 (69%) | 144 (64%) | 42 (88%) | ,002 |
| não | 75 (25%) | 66 (29%) | 4 (8%) | |
| Grau de escolaridade | | | | |
| “Ensino primário completo ou menos” | 46 (15%) | 36 (16%) | 6 (13%) | ,741 |
| “Terminou o 9º ano” | 55 (18%) | 38 (17%) | 10 (21%) | |
| “Terminou o 12º ano ou equivalente” | 80 (27%) | 58 (26%) | 15 (31%) | |
| “Frequentou o ensino superior” | 107 (36%) | 84 (37%) | 16 (33%) | |
| Atualmente utiliza algum método para evitar a gravidez? | | | | |
| sim; não | 203;83 68%;28% | 156;57 69%;25% | 40;7 83%;15% | ,095 |

QUADRO II. INÍCIO DO MÉTODO CONTRACETIVO, CONHECIMENTO E CRENÇAS SOBRE CONTRACEÇÃO

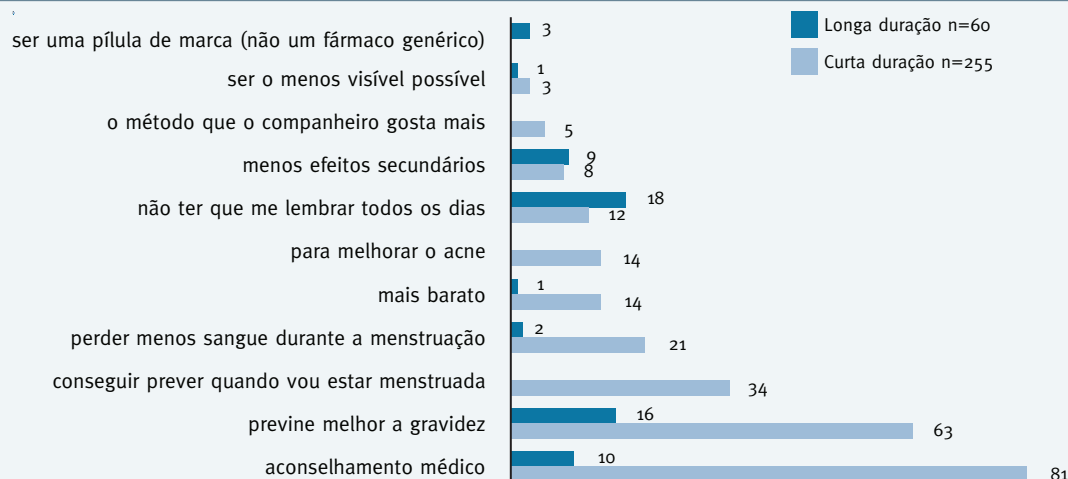
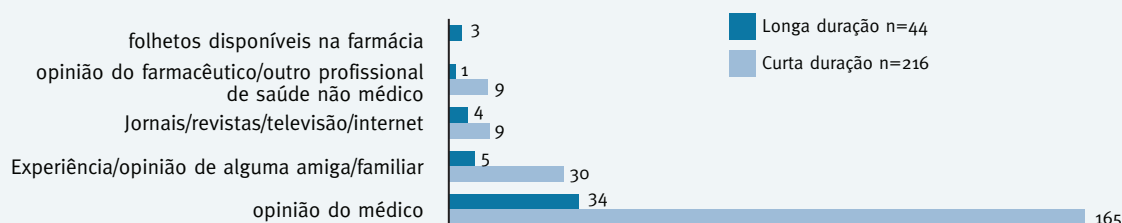
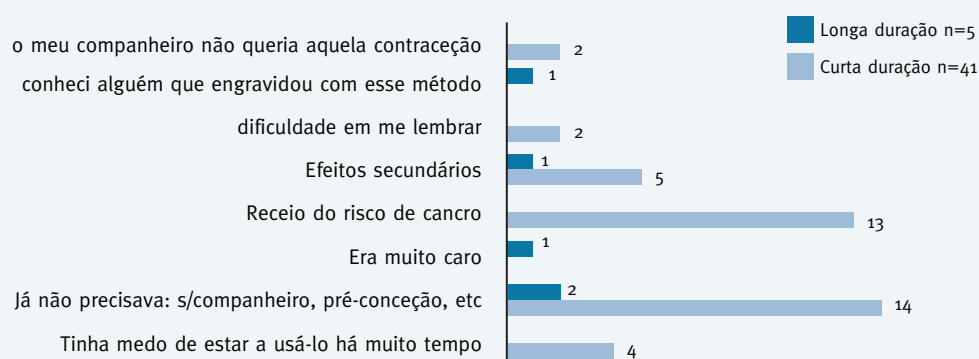
| | Curta duração | Longa duração | p |
|--|--------------------------------|---|----------|
| Que idade tinha quando iniciou o método que assinalou? (n=260) | $\bar{x} = 21$ (10-45 anos) | $\bar{x} = 30$ (16-43 anos) Implante $\bar{x} = 26$ (16-39 anos) DIU $\bar{x} = 32$ (19-43 anos) | ,000 |
| Qual considera ser o seu nível de conhecimento, no momento em que começou a usar o método que assinalou? (n=264) | | | ,574 |
| Muito bem informada | 79 (30%) | 19 (7%) | |
| Suficiente bem informada | 100 (38%) | 23 (9%) | |
| Não sabia muito | 22 (8%) | 4 (2%) | |
| Não sabia nada | 16 (6%) | 1 (0,%) | |
| Se consultou um médico relativamente à escolha do método, qual o seu grau de satisfação com a informação que ele lhe deu? (n=237) | | | ,217 |
| - nada satisfeita | 4 (2%) | 0 (0%) | |
| - pouco satisfeita | 10 (4%) | 1 (0,%) | |
| - moderadamente satisfeita | 72 (30%) | 11 (5%) | |
| - muito satisfeita | 108 (46%) | 31 (13%) | |
| Assinale com um X os métodos que correspondem a um método definitivo para evitar a gravidez (n=252) (núm. total de respostas certas=6) | Nº de respostas certas | Nº de respostas certas | ,095 |
| (laqueação das trompas numa cirurgia com anestesia geral, colocação de um dispositivo no útero, utilização de um anel vaginal, vasetomia, laqueação das trompas através da entrada pela vagina, colocação de implante subcutâneo no braço) | 0 = 0 | 0 = 1 | |
| | 1 = 1 | 1 = 0 | |
| | 2 = 13 | 2 = 4 | |
| | 3 = 2 | 3 = 1 | |
| | 4 = 82 | 4 = 13 | |
| | 5 = 55 | 5 = 9 | |
| | 6 = 52 | 6 = 19 | |
| Núm. de mulheres que concordou plenamente com: | | | - |
| “Não se engravida no 1º mês que se pára a pílula” (n=260) | 12 (5%) | 5 (2%) | |
| “A pílula engorda” (n=250) | 16 (6%) | 2 (1%) | |
| “Fazer a pílula muito tempo pode provocar dificuldade em engravidar” (n=263) | 44 (17%) | 10 (4%) | |
| “Mulheres com mais de 35 anos não podem tomar a pílula” (n=264) | 5 (2%) | 1 (0,%) | |
| “A pílula causa cancro” (n=249) | 1 (0,%) | 2 (1%) | |
| “A pílula não é um medicamento seguro” (n=259) | 26 (10%) | 3 (1%) | |

Quanto à fonte de informação, a opinião do médico foi a mais relevante em 77% das mulheres (Quadro III).

Considerando o total das mulheres que descontinuaram o método e que responderam à questão sobre quais as razões para tal (n=46), 63% indicaram como principais motivos: não necessitar de contraceção ou por indicação médica (Quadro I e III).

DISCUSSÃO

Na amostra estudada, 68% das mulheres eram utilizadoras de contraceção e 28% ex-utilizadoras. A taxa de utilização de contraceção encontrada foi inferior ao valor estimado para a Região Autónoma da Madeira de acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/

QUADRO III. RAZÕES MOTIVACIONAIS PARA A ESCOLHA/ABANDONO DO MÉTODO CONTRACETIVO**Assinale qual/ quais o(s) motivo(s) que a levaram a escolher esse método?****Qual das seguintes opções considera ter influenciado mais na escolha do método de contraceção ?****Se atualmente não está a usar o metodo anteriormente mencionado, porque motivo o parou**

/2006¹⁴. Segundo este 88,3% das mulheres, residentes na região, em condição passível de gravidez, usava algum método contraceptivo (correspondendo à região com valor mais elevado), sendo o valor estimado para o território nacional de 85,1%. No questionário que efetuamos, a ausência de resposta a esta questão foi de apenas 4% e não justifica as diferenças encontradas.

Contudo, atendendo ao local de distribuição e preenchimento dos questionários do nosso estudo, provavelmente são mais prevalentes mulheres que não necessitam de contraceção (mulheres histerectomizadas, menopáusicas, ou outros dados não colhidos). O facto de os principais motivos apontados pelas ex-utilizadoras para descontinuação do método terem sido a indi-

cação médica e a ausência de necessidade de contraceção vai ao encontro desta hipótese. De salientar que na nossa amostra não se verificaram diferenças significativas na taxa de descontinuação entre os dois tipos de métodos.

Ainda no que respeita aos dados publicados pelo Inquérito Nacional de Saúde¹⁴, a proporção de mulheres utilizadoras de pílula contracetiva foi de 65,6% (sobretudo até aos 34 anos de idade) e do dispositivo intra-uterino de 8,6% (com utilização acrescida entre os 40-49 anos onde a taxa de utilização atingiu os 14,7%). De acordo com o estudo para avaliação das práticas contracetivas efetuado pela Sociedade Portuguesa de Contraceção e pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia, mais recente e também com amostra representativa do território nacional¹⁵, a pílula diária era usada por uma percentagem inferior de mulheres (58%) enquanto o uso de DIU/SIU revelou uma maior taxa utilização (21%). Na nossa amostra, a pílula diária correspondeu a 70,0% da amostra total, seguida pelo DIU/SIU (8,7% das mulheres). Contudo, as mulheres da nossa amostra foram contempladas de acordo com o método usado ou o último método usado pelo que estas percentagens incluem *ex*-utilizadoras do método. Em suma, tal como verificado em estudos europeus anteriores^{8,16,17}, os métodos reversíveis de curta duração continuam a ser a principal escolha contracetiva, sobretudo a contraceção hormonal oral. No nosso estudo, os SARC correspondiam ao método usado ou ao último usado em 75,3% (226/300) das mulheres (93% das quais correspondendo à contraceção hormonal oral), em detrimento dos LARC que correspondiam a 16,0% (48/300) das mulheres.

No que se refere à idade média das utilizadoras, não se registou diferenças entre os grupos de *curta versus longa* duração (35 *versus* 37 anos, respetivamente; $p < 0,091$). No grupo dos LARC encontramos um subgrupo de mulheres mais novas, utilizadoras de implante subcutâneo (\bar{x} = 31a; 18-41 anos) e um subgrupo de mulheres mais velhas, utilizadoras de DIU/SIU (\bar{x} = 41a; 30-50 anos). De referir ainda que as utilizadoras de métodos de curta duração tinham iniciado o método numa idade significativamente mais precoce, o que está de acordo com os dados obtidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 acima referidos¹⁴. Também o estudo nacional para avaliação das práticas contracetivas das mulheres portuguesas de 2015 observou que a maioria das utilizadoras de DIU/SIU tinham entre 40 e 49 anos (apesar da maioria das mulheres desta faixa etária usar a contraceção hormonal

oral) e que para a faixa etária dos 15-19 anos o método mais frequente foi o preservativo seguido da contraceção hormonal oral¹⁵. Se considerarmos que, de acordo com o mesmo estudo, 22% das mulheres se esquece de tomar a pílula em todos os ciclos (ou mesmo mais de uma vez por mês) e que esta má adesão é superior nas faixas etárias mais jovens, podemos supor que há uma subutilização dos benefícios dos métodos não diários, sobretudo nesta faixa etária.

Os dados da nossa amostra não são extrapoláveis para a população da nossa região mas ajudam a conhecer melhor as utentes do sistema regional de saúde, para as quais o aconselhamento médico teve grande importância: 86% das mulheres referiu ter tido uma consulta médica prévia à escolha do método; 59% estava muito satisfeita com a informação aí obtida e para 77% das mulheres foi a principal fonte de informação. Os dados do estudo nacional para avaliação das práticas contracetivas das mulheres em Portugal corroboram a prevalência do aconselhamento médico prévio ao início do método (81% das mulheres), tendo também sido a mais importante fonte de informação (apesar da internet ser mais relevante para as mulheres com 15-19 anos)¹⁵. Na nossa amostra, apenas foram incluídas mulheres com pelo menos 18 anos de idade e os meios de comunicação social foram a fonte de informação mais importante em somente 5% das mulheres.

O 4º Inquérito Nacional de Saúde estima que 44% das mulheres da Região Autónoma da Madeira fazem a vigilância do seu método contracetivo no Centro de Saúde (40%) ou no Hospital/Maternidade (4%)¹⁴. Os valores estimados pelo mesmo inquérito para o território nacional são sobreponíveis 44%, 39% e 5%, respetivamente. Estudos anteriores têm salientado a influência do aconselhamento médico na escolha da contraceção e apontam para uma tendência na escolha de métodos não diários após aconselhamento¹⁸⁻²⁰. O estudo português *IMAGINE*, por exemplo, refere que a maioria das mulheres optaria pela contraceção hormonal de uso diário antes do aconselhamento ginecológico, sendo que 35% destas mudaria posteriormente de opção²⁰. Quanto ao estudo nacional para avaliação das práticas contracetivas, verificou-se que a pílula (qualquer tipo) tinha sido indicada em consulta de medicina geral e familiar a 67% das suas utilizadoras (*versus* 27% na consulta de ginecologia), enquanto que os métodos não diários tinham sido indicados sobretudo na consulta de Ginecologia. A importante influência do aconselhamento médico na escolha do método pode desempenhar um papel fundamental no incremento

da utilização dos LARC.

No que concerne à identificação de fatores dependentes da utilizadora que possam estar associados à escolha de SARC ou LARC, não se identificaram diferenças relativamente ao grau de escolaridade, percepção das utilizadoras do seu nível de conhecimento sobre o método no início da sua utilização, grau de satisfação com a informação obtida no caso de terem tido consulta médica prévia à utilização do método, nem quanto ao número de respostas certas no exercício de identificação dos métodos contraceptivos definitivos. Contudo as mulheres solteiras foram mais prevalentes no grupo dos métodos de curta duração ($p=0,002$), tal como as nuligestas ($p=0,002$). A maior utilização de SARC nestas mulheres pode estar relacionada com a maior dificuldade técnica ou com receios sobre a utilização de alguns LARC numa faixa etária mais jovem e o subsequente desenvolvimento de complicações²¹. A este propósito, um estudo recente, realizado em 470 mulheres com patologia cardiovascular, 26% nuligestas e 36% nulíparas, reforça a ideia de que o DIU/SIU (colocado em 95% das doentes) é seguro nestas mulheres, com baixa incidência de complicações²².

Para além do aconselhamento médico e da eficácia contraceptiva, enquanto principais motivos para escolha do método, a facilidade em prever a menstruação, no grupo dos SARC, e a comodidade da utilização, no grupo dos LARC, foram também importantes para a escolha do método, características que deverão ser abordadas na consulta de planeamento familiar. O estudo nacional para avaliação das práticas contraceptivas identificou, de igual forma, que a segurança na prevenção da gravidez e a regularização do ciclo menstrual foram as principais causas de melhoria de qualidade de vida apontadas pelas mulheres utilizadoras de contraceção¹⁴. O mesmo inquérito revelou também que os valores mais elevados de confiança no método se verificaram para os LARC (DIU/SIU e implante) e que o nível de confiança nos SARC, apesar de ser também elevado, era inferior. Estes achados denotam que as utilizadoras tinham um bom grau de percepção sobre a eficácia do método usado.

De uma forma geral, a maior utilização de LARC é um dos meios para diminuir a taxa de gravidez não desejada e parece existir um aumento do seu uso.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada, os métodos de longa duração,

embora muito efetivos e seguros, continuam a ser os menos prevalentes. A existência de gravidez anterior foi uma diferença importante entre os grupos de utilizadoras de SARC e o das de LARC. A evidência, cada vez maior, de segurança dos LARC nas nulíparas e o aconselhamento médico poderão contribuir para aumentar a sua utilização.

AGRADECIMENTOS

Às equipas que colaboraram no projeto (dos Centros de Saúde do Bom Jesus, Câmara de Lobos, São Vicente e Santana e da consulta externa do Hospital Dr. Nélcio Mendonça e do Hospital dos Marmeleiros).

Ao núcleo de investigação do SESARAM, EPE, pelo contributo na análise estatística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trussell J. Contraceptive Efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. Contraceptive Technology : Twentieth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2011.
2. McNicholas C, Madden T, Secura G, Peipert JF. The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):635-643.
3. Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. Fifth edition 2015.
4. Cornet A. Current challenges in contraception in adolescents and young women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013;25 Suppl 1:S1-10.
5. Werth SR, Secura GM, Broughton HO, Jones ME, Dickey V, Peipert JF. Contraceptive continuation in Hispanic women. *Am J Obstet Gynecol*. 2014.
6. Ricciotti HA, Dodge LE, Ramirez CI, Barnes K, Hacker MR. Long-Acting Reversible Contraceptive Use in Urban Women From a Title X-Supported Boston Community Health Center. *J Prim Care Community Health*. 2014.
7. Callegari LS, Parisi SM, Schwarz EB. Perceptions of intrauterine contraception among women seeking primary care. *Contraception*. 2013; 88(2):269-274.
8. Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15 Suppl 2:S42-53.
9. Freeman S. Nondaily hormonal contraception: considerations in contraceptive choice and patient counseling. *J Am Acad Nurse Pract*. 2004;16(6):226-238.
10. Sundstrom B, Baker-Whitcomb A, DeMaria AL. A qualitative analysis of long-acting reversible contraception. *Matern Child Health J*. 2015 Jul;19(7):1507-1514.
11. MacGregor EA. NICE guidance on LARC. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2006 Jan;32(1):52. Updated sept 2014. (Acedido a 7/06/2016, em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/chapter/1-Recommendations>).
12. Trignol-Viguié N, Blin E, Marret H. Intra-uterine device and Nulliparous women. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014 Jun;42(6):432-437.

13. Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 010/2015: Disponibilidade de métodos contraceptivos. Publicada a 29/10/2015. (Acedido a 14/06/2016, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102015-de-29102015.aspx>)

14. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Edição: Instituto Nacional de estatística e Instituto Ricardo Jorge; 2009. (Acedido a 9/06/2016, em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf)

15. Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. Sociedade Portuguesa de Contraceção e Sociedade Portuguesa de Ginecologia. 2015. (Acedido a 9/6/2016, em: <http://www.spginecologia.pt/uploads/Praticas-contracetivas-2015.pdf>)

16. de Irala J, Osorio A, Carlos S, Lopez-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. *Contraception*. 2011;84(6):558-564.

17. World contraceptive use 2011. Report TRH: The Reproductive Health Report: the state of sexual and reproductive health within the European Union. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011, 16 (Suppl 1):S1-S70.

18. Merki-Feld GS, Gruber IM. Intention to use a combined contraceptive method and decision after counselling in Switzerland – Swiss data from the European CHOICE study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17(2):119-27.

19. Egarter C, Grimm C, Nouri K, Ahrendt HJ, Bitzer J, Cermak C. Contraceptive counselling and factors affecting women's contraceptive choices: results of the CHOICE study in Austria. *Reprod Biomed Online*. 2012;24(7):692-697.

20. Costa AR1, Palma F, Sá JL, Vicente L, Bombas T, Nogueira AM, Rocha P. Impact of a women's counselling programme on combined hormonal contraception in Portugal--the IMAGINE Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Dec;16(6):409-417.

21. Rubin SE, Davis K, McKee MD. New York city physicians' views of providing long-acting reversible contraception to adolescents. *Ann Fam Med*. 2013 Mar-Apr;11(2):130-136.

22. Vu Q, Micks E, McCoy E, Prager S. Efficacy and Safety of Long-Acting Reversible Contraception in Women With Cardiovascular Conditions. *Am J Cardiol*. 2016 Jan 15;117(2):302-304.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sara Camacho Câmara
Hospital Dr. Nélío Mendonça
Funchal, Madeira
PORTUGAL
E-mail: sara.cam.camara@gmail.com

RECEBIDO EM: 27/9/2015

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 3/10/2016